FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 N° 338

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Marguerite CAUVET

Née le 7 Octobre 1904 à Lons-le-Saulnier (Jura)
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

La Physiothérapie en esthétique

Président : Le Professeur CARNOT

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ
13, Rue de l'École-de-Médecine, 13
PARIS

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Marguerite CAUVET

Née le 7 Octobre 1904 à Lons-le-Saulnier (Jura)
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

La Physiothérapie en esthétique

Président : Le Professeur CARNOT

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ
13, Rue de l'École-de-Médecine, 13
PARIS

1930

LE DOYEN . . . . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie mentale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le servicedes examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
DEMELIN	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNE
à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte p les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infir adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

En témoignage de ma profonde affection.

A MON FRERE PAUL

In memoriam

A MA COUSINE CHARLOTTE VILLAIN

A MES AMIES
GERMAINE ROCHES-COMBETTES
ET GHISLAINE FOURREAU

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Professeur GILBERT

(*in memoriam*)

Professeur de la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu

Professeur GOSSET

Professeur de clinique chirurgicale de La Salpêtrière

Docteur ARMAND-DELILLE

Médecin de l'Hôpital Hérold

Docteur LAPOINTE

Chiurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Professeur JEANNIN

Professeur de clinique obstétricale à La Pitié

Professeur AUBERTIN

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

Docteur TZANCK

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Docteur BRAINE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Docteur ROUGET

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Trousseau

Docteur SOLOMON

Chef du Laboratoire de Radiologie
de l'Hôpital Saint-Antoine

Docteur DAUSSET

Chef du Laboratoire d'électro-radiologie
de la clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu

INTRODUCTION

Nous devons au Docteur Lucy l'idée de faire une thèse d'ensemble sur les traitements électro-radiologiques en esthétique, chacun d'eux étant brièvement exposé, et quelques précisions étant apportées sur la technique de ceux qui nous ont donné les meilleurs résultats.

Ces traitements nécessitent une installation très complète, possédant tous les moyens physiothérapiques modernes, afin de pouvoir adresser à chaque cas la méthode qui paraît la plus indiquée, et même de faire usage, lorsqu'il le faut, de plusieurs procédés.

Nous étudierons chaque affection une à une, omettant toutefois celles dont le traitement nous paraît encore dangereux, ou qui sortent du cadre de notre thèse, parce qu'elles sont du domaine chirurgical.

Nous tenons à remercier le Docteur Lucy, chef adjoint au laboratoire d'électro-radiologie de l'Hôtel-Dieu, qui a bien voulu diriger notre travail, pour toute son obligeance.

TRAITEMENT DES VERRUES

I. — La verrue vulgaire

Lorsqu'il existe un seul élément, ou deux, on les traite par les Rayons X. Un localisateur de Plomb permet d'attaquer la verrue sans toucher aux tissus voisins.

Pour les verrues multiples, le traitement de la verrue mère, quand on la connaît, peut suffire à faire disparaître les autres. Mais si les Rayons X échouent, les éléments se trouvant trop nombreux pour qu'on songe à s'attaquer à chacun d'entre eux, ou l'irradiation de la verrue mère n'étant pas suivie de la régression des autres, il faut s'adresser à un autre moyen.

L'électrolyse a été employée surtout avant l'ère de la diathermo-coagulation. Mais cette dernière est beaucoup plus pratique, car elle permet de traiter en une seule séance un plus grand nombre d'éléments.

L'ionisation par l'ion magnésium, dégagé au pôle positif, aurait donné des résultats dans certains cas.

La cryothérapie est également citée. Mais nous avons

vu plusieurs cas de verrues où ce traitement, ayant échoué complètement, il a fallu employer ensuite un autre procédé.

La diathermo-coagulation est le traitement de choix des verrues nombreuses. Nous l'employons suivant la méthode que voici : la verrue est traversée à sa base par une aiguille fine. Puis on établit le passage du courant. La verrue s'illumine. On coupe le courant au bout de une à deux secondes. On fait alors une transfixion perpendiculaire à la première, dans les mêmes conditions.

L'intensité nécessaire dépend du réglage de l'appareil. Chaque praticien la déterminera pour lui-même.

La verrue, traversée ainsi par deux traits en croix, tombe au bout de huit jours, laissant une petite cicatrice. La méthode donne souvent un résultat définitif en une seule séance, mais il peut être nécessaire de retoucher certains éléments.

II. — La verrue plane juvénile

Elle est justiciable sans conteste de la radiothérapie. On fait une dose de 800 R de rayons filtrés par 1 ou 2 mm. d'aluminium.

CICATRICES FIBREUSES. — Chéloïdes

Les traitements physiothérapiques sont extrêmement utiles dans les cas où, après plaie accidentelle ou incision opératoire, les malades font des cicatrices vicieuses.

I. — Cicatrices adhérentes

Pour les cicatrices adhérentes, d'une coloration anormale, le Docteur Bourguignon préconise l'ionisation d'iodure de potassium, que nous avons utilisée avec succès. Elle assouplit et décolore, décole les cicatrices en les amincissant.

Le Docteur Bourguignon se sert d'une solution d'iodure de potassium à 1 %. L'intensité est réglée d'après la surface de la lésion à traiter. En général il est inutile de dépasser 1/2 milli Amp. par cm^2.

Des séances quotidiennes sont d'abord nécessaires. Elles durent une demi-heure chacune. Puis on les espace. Après une série de 15 séances, le malade prend 20 jours de repos. Une nouvelle série s'impose quelquefois. Pour parfaire le résultat, on peut avoir recours aux

Rayons X (irradiations de 3 à 5 H avec 3 à 4 mm. d'aluminium).

II. — Les chéloïdes

Dans le cas de chéloïdes jeunes, la cryothérapie est citée comme donnant quelque résultat.

L'électrolyse négative agit également.

Mais la coagulation diathermique, qui détruit les brides cicatricielles indurées, et remplace les chéloïdes par du tissu souple, est beaucoup plus intéressante. Elle peut suffire à faire disparaître, en prolongeant un peu le traitement, des proliférations importantes. Il faut alors pratiquer une anesthésie locale, l'aiguille ou l'électrode bipolaire étant enfoncées assez profondément dans le tissu chéloïdien, ce qui provoque une vive douleur. Après avoir piqué les points très indurés, très en relief, et touché plus superficiellement les petites brides fibreuses, on obtient une escarre, que remplacera une zone aplanie et souple. (L'opération ne nécessite aucun soin particulier si ce n'est l'application d'un pansement gras en fin de séance).

Un autre traitement est utilisé, dans le cas de chéloïdes importantes : c'est l'irradiation par Rayons X ou Radium, après exérèse chirurgicale. Si, en effet, ils ne paraissent pas suffisants pour détruire de grosses lésions chéloïdiennes, les Rayons empêchent, après l'opération, des récidives qui ne sont pas rares.

Le Professeur Gougerot conseille un traitement radiothérapique comportant trois doses de 5 H chacune, distantes de 15 jours. Les Docteurs Cottenot et Gagey ont eu de très beaux résultats avec le radium, toute récidive étant définitivement écartée après les irradiations, chez les malades opérés (obs. 1).

— Souvent, dans les cicatrices chéloïdiennes, on sera amené à faire plusieurs traitements à la suite. Ainsi, la destruction des chéloïdes étant obtenue par électrocoagulation, on fait des rayons X pour parfaire la guérison, puis de l'ionisation pour décolorer et assouplir la cicatrice (obs. 2).

MOLLUSCUM ET CONDYLOME

Ces petites formations peuvent disparaître grâce à l'électrolyse négative, ou l'électro-coagulation-diathermique. Cette dernière nous semble être le procédé de choix, d'ailleurs unanimement adopté par les auteurs.

Très souvent, la tumeur est pédiculée. Si l'épaisseur du pédicule le permet, on le traverse à l'aide de l'aiguille diathermique. Il suffit de faire deux ou trois petites coagulations pour obtenir la chute de la tumeur. On juge avec un peu d'habitude si la coagulation est suffisante par l'aspect que prennent les tissus entourant l'aiguille. Ils blanchissent sous le passage du courant, qui durera quelques secondes.

Le pédicule se détache de lui-même deux ou trois jours après l'opération. Il laisse à sa place une petite escarre qui guérit en une dizaine de jours sans que l'on ait à redouter de complications infectieuses.

Si l'escarre se trouve un peu large, il est bon toutefois de la recouvrir d'un petit pansement aseptique.

Les cicatrices obtenues avec cette technique sont tout

à fait remarquables. On peut même à peine parler de cicatrice puisque, quelques semaines après l'opération, il est généralement impossible de retrouver le siège primitif de la tumeur (obs. 3).

LES NŒVI

Les nœvi non vasculaires, mais pigmentaires, pileux, hypertrophiques, ne seront jamais traités par les Rayons X ni par le Radium, qui peuvent hâter l'évolution néoplasique, non plus que par la cryothérapie. Il faut exclure toute méthode risquant, par irritation du nœvus pigmentaire, de le transformer en une tumeur maligne. Au contraire, un procédé détruisant le nœvus avec rapidité, et complètement d'emblée, est tout indiqué : la diathermo-coagulation. L'électrolyse, amenant aussi de bons résultats, est, comme toujours, moins recommandable, parce que plus longue et, partant, plus douloureuse.

Lorsqu'il s'agit d'un nœvus pileux, on enlève d'abord chaque poil séparément. Et comme le traitement est assez pénible, on fait au préalable une anesthésie locale. On profite de l'anesthésie pour détruire en une seule séance par l'électro-coagulation la totalité du nœvus, si cependant il n'est pas trop large.

La technique employée consiste à enfoncer de loin

en loin l'aiguille diathermique dans la tumeur, chaque point étant séparé du précédent par quelques millimètres. Ainsi, chaque zone coagulée vient au contact des zones avoisinantes, et on réalise une escarre complète.

Comme l'escarre est assez large, il est bon de recouvrir la région traitée d'un pansement en tulle gras. On peut le renouveler sans provoquer la chute de l'escarre, avant qu'elle ne se détache d'elle-même.

Les nœvi se détruisent si couramment de cette manière, que nous ne pensons pas utile d'en donner une observation.

LES ANGIOMES ET NŒVI VASCULAIRES

Les angiomes, très fréquents, prédominent à la face et au cou, si bien que leur destruction se trouve souvent indiquée, du point de vue esthétique. Ils comprennent des traitements différents suivant la forme qu'ils affectent.

I. — L'ANGIOME STELLAIRE

L'angiome stellaire, petit nœvus à point central vasculaire, entouré de télangectiasies disposées en rayons, a été détruit par galvano-cautère, et par électrolyse.

Mais beaucoup plus efficace et rapide est l'électrocoagulation. On réalise, avec l'aiguille diathermique, la coagulation du point central. Quant aux petits vaisseaux radiants, nous les détruisons en suivant la technique particulière indiquée au traitement des varicosités. De minuscules escarres demeurent, remplacées par des cicatrices invisibles au bout de quelques jours.

II. — Les angiomes tubéreux

Les angiomes tubéreux sont, chez le jeune enfant, très radio-sensibles. Avec de petites doses de radiations, et un traitement de quelques séances espacées, on réalise une méthode excellente, indolore, amenant une régression qui se poursuit d'elle-même ensuite. Comme il est difficile d'obtenir l'immobilité d'un enfant, et comme celui-ci exagère la moindre sensation douloureuse, la diathermo-coagulation ne peut guère être pratiquée chez lui. Du reste le traitement par les Rayons X ou Radium suffit toujours.

Chez l'adulte, les conditions ne sont plus les mêmes. C'est que l'angiome tubéreux acquiert, en vieillissant, des propriétés radio-résistantes. Il faut des doses plus fortes, et cependant l'on n'obtient pas toujours un succès.

Alors on emploiera l'électrolyse, et surtout la diathermo-coagulation. D'ailleurs, cette dernière n'est pas seulement utile quand les radiations échouent, mais encore dans les cas où, les radiations ayant donné un résultat incomplet, il faut parachever la guérison.

Par conséquent, on adopte en principe l'emploi des radiations chez l'enfant et, chez l'adulte, les radiations lorsqu'elles sont possibles, l'électro-coagulation quand elles sont impossibles ou échouent.

— Les auteurs s'accordent presque tous pour donner, parmi les radiations utilisées, leur préférence au radium, qui permet des localisations plus fines, et vis-à-vis

duquel les angiomes se sensibilisent moins à la longue. De plus, les résultats obtenus par la curiethérapie paraissent plus constants que ceux des rayons X. Nous indiquerons une méthode préconisée par le Docteur Cottenot, dans le traitement des angiomes tubéreux chez l'enfant : « Le traitement consiste en une application courte d'un rayonnement peu filtré, de manière à faire agir le rayonnement B. Les appareils utilisant le rayonnement Y peu filtré au travers d'une paroi de platine seraient capables de guérir les angiomes, mais il est nécessaire de faire des applications prolongées...

La seule technique acceptable est donc celle des applications courtes d'un appareil émaillé...

Après avoir fait un calque de la région et protégé soigneusement la peau saine avec un cache de plomb doublé de caoutchouc, on applique un appareil plat contenant 2 milligr. de radium élément par centim. carré sous un filtre de carton de 3 mm. d'épaisseur. L'appareil est laissé en place 45 minutes. Si la lésion est petite, il peut arriver que cette seule application suffise à la faire disparaître totalement, l'aplatissement et la décoloration se poursuivant progressivement, très lentement, pendant des mois, une année même. En général, il est nécessaire, trois semaines après la première irradiation, d'en pratiquer une deuxième, d'une durée d'une heure, avec filtration de 0 mm. 2 d'aluminium... Si après quelques mois l'état reste stationnaire, une ou deux applications

suffisent à parachever le traitement ». (Voir obs. du Docteur Cottenot, obs. 4, 5, 6).

Suivant les cas, quelques variantes peuvent être amenées à la méthode. Certainement, elle donne des résultats esthétiques remarquables. L'application de tubes de radium, en aiguille, réussit à détruire de même la tumeur. Toutefois, dans le cas de petits angiomes surtout, l'appareil émaillé assure avec plus de certitude une cicatrice parfaite.

Lorsqu'on veut utiliser les Rayons X, on peut opérer comme suit : faire trois applications d'un rayonnement moyennement pénétrant, à la dose de 800 R. chaque fois. Ils seront relativement peu filtrés (3 à 5 mm. d'alum.). Le champ de rayonnement est limité par un localisateur de plomb circonscrivant exactement la lésion.

III. — Les angiomes plans

Les angiomes plans, lorsqu'ils sont très localisés, sont capables de disparaître sous l'application de neige carbonique, répétée le nombre de fois nécessaire. Mais il s'agit bien souvent d'une large tache, extrêmement disgracieuse, et qui est difficile à traiter. La « tache de vin » congénitale pâlit quelquefois à mesure que l'enfant grandit. Mais en d'autres cas elle se stabilise, et prend même à la longue une consistance fibreuse.

On traite l'angiome plan, large, chez l'enfant comme chez l'adulte, à l'aide du Radium, qui seul peut amener

une amélioration. Cet angiome résiste en effet aux Rayons X (il est d'autant plus résistant à tout traitement qu'il se décolore moins aisément à la pression).

Nous ferons ici encore appel à l'article de M. le Docteur Cottenot : « C'est uniquement par des applications prolongées de rayonnement Y fortement filtré que le résultat cherché peut être obtenu... L'application de Radium doit être faite avec beaucoup de soin; on fabrique un appareil moulé sur la région à traiter, et à la surface duquel sont répartis des foyers radio-actifs convenablement espacés, de façon à réaliser une filtration de 1 mm. de platine. L'appareil est laissé en place quatre jours, la dose donnée pendant ce temps représentant un demi mille-curie détruit par cm^2 de la lésion.

« Il faudra d'ordinaire trois ou quatre applications répétées à six mois d'intervalle pour obtenir une décoloration suffisante... »

LES TÉLANGECTIASIES

Ce sont des dilatations variqueuses des veinules du nez. Elles accompagnent l'acné, le rhinophyma, ou existent isolément. De toutes manières, elles sont fort inesthétiques.

On peut, à l'aide de la neige carbonique, détruire les télangectiasies, mais très lentement.

La diathermie agit autrement vite et fait complètement disparaître les éléments de couperose. Nous avons employé avec succès la méthode préconisée par Bordier : On emploie une aiguille très fine, le malade étant bien calé dans un fauteuil, et bien éclairé. Il pose la main sur une plaque reliée à un pôle de l'appareil. L'opérateur tient de la main gauche le fil relié à l'autre pôle. En touchant l'aiguille, tenue par un manche de la main droite, avec ce fil, on établit le courant pour un temps aussi minime qu'on le désire.

L'aiguille étant mise en contact de la veinule, on fait la coagulation en une fraction de seconde. Il faut quelquefois coaguler plusieurs points sur la même veinule. La

circulation se trouve ensuite définitivement abolie à ce niveau.

Les vaisseaux oblitérés laissent une croûtelle qui tombe en trois ou quatre jours. Lorsqu'on a touché plusieurs points voisins, on obtient une escarre plus longue, à la place de laquelle demeurera du tissu sain.

En une autre séance, on enlève les points qui ont résisté au premier traitement.

L'ACNÉ

L'acné comporte des éléments divers, les uns superficiels, les autres plus profonds. Certains présentent un caractère angiomateux, d'autres sont inflammatoires, avec hypertrophie de la peau.

Le traitement de l'acné est composé :

1° d'un traitement local, agissant sur l'élément lui-même, mais ne guérissant pas la maladie;

2° d'un traitement général, qui ne se contente pas de modifier les éléments existants, mais modifie l'état de la peau dans l'ensemble, et amène un résultat éloigné en plus du succès immédiat.

Pour le traitement local : dans les formes superficielles, à prédominance angiomateuse, il vaut mieux employer l'électro-coagulation sans fil, qui permet d'agir très en surface, avec une douleur modérée. On fait au niveau de chaque élément une électro-puncture qui en réalise la coagulation.

Dans les formes hypertrophiques on peut faire des Rayons X sur l'étendue de la lésion, par doses de 500 R, avec filtrage de 2 mm. d'aluminium. Trois doses, à cinq jours d'intervalle, doivent se montrer suffisantes. Suivant

la localisation les lésions sont plus ou moins résistantes : ainsi elles le sont plus au niveau de la poitrine. Il faut au contraire diminuer la dose chez les sujets dont la peau paraît très fragile, les blonds en général.

Comme traitement général, nous proposons les ultra-violets, utilisés suivant la technique que voici : A l'aide de la lampe à mercure, on fait, à chaque séance, la dose érythème sur la région où se trouve l'acné. Comme il en existe souvent en divers points du corps, on irradie une seule plage à la fois.

La meilleure technique pour déterminer la dose érythème est de se baser sur un test actinique, établissant la sensibilité aux Rayons U. V., celle-ci variant suivant chaque épiderme.

Les séances sont d'abord rapprochées, puis on les espace de plus en plus. Non seulement, en effet, les éléments qui existent disparaissent plus vite, mais surtout, les poussées s'éloignent. Nous donnons une observation très intéressante, dans laquelle une séance suffit pour six mois, après une année de traitement (observation 7).

Les Ultra Violets n'ont une action durable que si l'on en fait un usage prolongé. Mais ils réalisent une guérison des poussées et non pas seulement un traitement passager des éléments d'acné.

Tout autre est l'acné chéloïdienne de la nuque, survenant après une furonculose prolongée. Dans ce cas, l'électro-coagulation est toute indiquée, comme dans les cicatrices chéloïdiennes quelconques.

LE RHINOPHYMA

Cette hypertrophie des glandes sébacées et des parties molles du nez, survenant chez les personnes d'âge, peut être traitée par l'électrolyse, mais en de longues séances, par la radiothérapie, mais avec d'inconstants résultats.

L'exérèse chirurgicale détermine une hémorragie quelquefois gênante.

La cryothérapie réduit les télangectiasies abondantes et diminue la tuméfaction. Mais elle provoque des sensations douloureuses dans les heures qui suivent les séances. Celles-ci sont forcément longues et nombreuses, d'ailleurs.

Le procédé de choix est l'électro-coagulation, qui détermine la fonte de l'hyperplasie, la décoloration des téguments, et donne un résultat esthétique remarquable. De plus, la destruction des tissus tuméfiés se fait sans hémorragie.

On recommande une anesthésie de la région à traiter, soit par la novocaïne, soit par l'allocaïne. On peut

se servir de l'aiguille simple, plongée dans le tissé hypertrophié, ou la fourchette bipolaire, quand les lobes sont par trop volumineux. Quand on rencontre un lobe pédiculé, la pince bi-polaire est d'un précieux secours.

Il faut opérer comme pour n'importe quelle tumeur, mais très doucement, un petit nombre de points chaque fois. Il est bon d'attendre la cicatrisation des parties traitées avant de faire une application nouvelle.

Pendant la période de réparation, on pratique des lavages antiseptiques du nez.

HYPERHYDROSE

Celle-ci est traitée avec succès par la radiothérapie. Mais lorsqu'on a affaire à une hyperhydrose d'origine émotive, et non pas à la forme banale d'hypersécrétion glandulaire constante, les résultats sont beaucoup plus douteux.

On fait cinq fois, à cinq jours d'intervalle, une dose de Rayons telle que la dose totale soit de 3 à 4.000 R de rayons moyennement pénétrants (25 cm. d'étincelle) avec 5 mm. d'aluminium.

Cette dose peut être renouvelée six semaines après la première séance.

Ce traitement est particulièrement intéressant dans l'hyperhydrose des aisselles, si gênante chez la femme.

ECZEMA LOCALISE

Il est souvent rétro-auriculaire. Cependant, on le rencontre aussi avec prédominance sur le dos des mains et des pieds.

On essaie, pour le traiter, l'emploi des Rayons X : à quatre ou cinq jours d'intervalle, on fait deux ou trois doses de 200 à 300 R (avec 5 mm. d'aluminium) sous 100 à 120.000 volts.

Une technique particulière utilise des Rayons X de relativement grande longueur d'onde, sous 40.000 volts. Elle peut être appliquée avec la plupart des appareils de radiologie.

Les Rayons de très grande longueur d'onde (dits rayons de Bucki) avec 10.000 volts ne sont pas d'un usage courant mais seront probablement très intéressants dans les eczémas et nombre de dermatoses localisées.

Les Rayons X guérissent quelques foyers, mais agissent difficilement sur les plaques étendues d'eczéma.

ALOPECIES ET PELADE

Les alopécies séborrhéiques ne sont pas très influencées par les traitements électrologiques. La radiothérapie, à dose minime, a été préconisée. Mais il ne semble pas prouvé qu'elle favorise la repousse des poils.

On a recours aux Ultra-Violets, dont on fait, tous les huit ou quinze jours, une application de la dose érythémateuse. S'il y a assez de cheveux encore pour former écran, il vaut mieux les raser. Le cuir chevelu est ensuite dégraissé avec de l'alcool ou de la liqueur d'Hoffmann. On place alors le sujet à 30 centimètres de la lampe à mercure. (Le visage étant bien entendu protégé). Les séances durent vingt minutes en moyenne (la dose nécessaire est du reste établie suivant la sensibilité de chacun).

On prolonge les applications quelquefois plusieurs mois, au cours desquels un léger duvet apparaît. Mais il ne se transforme pas en cheveux, si bien que les irradiations semblent borner leur effet à stabiliser momenta-

nément une alopécie progressive, sans être capables de réparer une calvitie déjà constituée.

Dans la pelade en plaque tout au contraire, on obtient généralement une repousse totale en traitant séparément chaque plaque par des doses d'U. V. fortement érythémateuses. Après l'application, un érythème lie de vin apparaît. Beaucoup de sujets guérissent, grâce à un traitement continué quelques mois.

Mais dans les grandes pelades décalvantes, quelle que soit la dose utilisée, on n'a guère d'amélioration.

La cryothérapie aurait donné quelque succès dans certains cas de pelade rebelle.

L'HYPERTRICHOSE

Le développement exagéré des poils, au visage, est un tel élément de disgrâce chez la femme, que les auteurs se sont intéressés depuis longtemps à son traitement.

Les Rayons X, d'abord essayés, sont absolument contre-indiqués. Le moins qu'on puisse risquer en les appliquant est une atrophie de la peau. Et si la dose nécessaire à l'épilation définitive est légèrement dépassée, la radiodermite est à craindre.

L'électrolyse a donné de bons résultats, mais elle ne permet pas de détruire, à chaque séance, un nombre considérable de follicules pileux.

L'ionisation d'acétate de thalluim, utilisée un temps, est abandonnée. Elle ne provoque guère qu'un retard dans la repousse des poils.

Les courants de haute fréquence sont bien supérieurs à ces procédés. Le gros avantage de la diathermo-coagulation est sa rapidité, et son action sur la papille pilaire, qu'elle détruit définitivement. De plus, la cicatrice passagère que laisse chaque escarre devient vite invisible.

Notre technique sera la suivante : La patiente est assise dans un fauteuil, ou allongée sur un lit. Elle tient un des pôles de l'appareil. L'opérateur tient lui-même, de la main gauche, le fil de l'autre pôle. Ce fil est séparé de l'aiguille, dirigée par la main droite de l'opérateur, grâce à un manche isolant et léger.

La peau ayant été dégraissée à l'aide d'un peu d'alcool ou d'éther, l'aiguille d'acier trempé, très fine, est enfoncée de 2 mm. environ à la base du poil, en suivant le trajet de ce dernier, de manière à entrer sûrement dans le follicule; l'aiguille reste en place ainsi une demi-seconde. Pendant ce court espace de temps, l'opérateur touche l'aiguille avec le fil qu'il tient de la main gauche. Il réalise ainsi un rapide passage du courant. Bordier préconise l'emploi d'une pédale interruptrice pour ne faire passer le courant qu'une fraction de seconde. La méthode que nous utilisons nous paraît bien plus simple.

Au niveau du menton, la douleur est peu considérable, à cause de la rapidité de l'intervention. Nous avons enlevé couramment 150, 200 poils en une séance d'une demi-heure. Pour la lèvre supérieure, la sensation est beaucoup plus désagréable. On ne peut aller aussi vite. (Pour ôter le poil, après coagulation, on n'a qu'à le tirer légèrement à l'aide d'une pince. Il sort en entier).

Il ne faut pas coaguler le même jour des poils très rapprochés les uns des autres, afin d'éviter que les minuscules escarres qui vont se former ne confluent.

En fin de séance, on fait un tamponnement au néol. Puis on permet un maquillage discret : cold cream et poudre de riz.

Quinze jours, trois semaines après il ne reste aucune trace de l'épilation. Si quelques duvets se transforment en poils une ou deux séances suffiront à les faire disparaître (obs. 8).

EPHELIDES — TATOUAGES

Le Docteur Bordier préconise pour les éphélides l'étincelage de haute fréquence. Pour les tatouages, il faut suivre à la pointe de l'aiguille diathermique les traits dessinés.

Nous n'avons pas voulu tenter ce traitement, qui ne nous paraît pas devoir donner un résultat esthétique suffisant, étant donnée la nécessité de transformer toute la surface du tatouage en du tissu cicatriciel.

XANTHOME — XANTHELASMA

Sont justiciables de l'électrolyse négative, ou de légères coagulations diathermiques.

OBSERVATIONS

(*Nous n'avons voulu consigner que quelques observations, parmi celles qui nous ont paru les plus typiques*).

Chéloïdes

I. — Abr... Maurice, 44 ans (obs. du Docteur Gagey, Hôpital Saint-Antoine).

Chéloïde rétro-auriculaire droite, après mastoïdite opérée. Cicatrice chéloïdienne du volume d'un petit doigt. Elle est enlevée chirurgicalement en juin 1929. Le malade ayant tendance à refaire du tissu chéloïdien, on lui pose quatre tubes de radium en juillet 1929. Dose totale : 16 m. c. d. Résultat : aucune récidive de chéloïde.

II. — Mme J...

Venue consulter dans le service du Docteur Dausset pour une chéloïde développée sur une cicatrice, suite d'un coup de rasoir s'étendant depuis la commissure de la lèvre jusqu'au lobe de l'oreille et se prolongeant sur le cou jusqu'à la naissance de l'épaule.

A été traitée successivement : par l'ionisation par l'iodure de potassium, la radiothérapie après scarifications, électrocoagulation de quelques points adhérents aux plans profonds.

Résultat esthétique des plus remarquables. Cette malade, complètement défigurée auparavant, présente maintenant une cicatrice souple, blanche, très peu visible.

Condylomes

III. - M. X..., étudiant (obs. du Docteur Lucy). Présente sur les joues, le menton, et le cou, une multitude de petits condylomes très pédiculés donnant l'aspect rappelant certains champignons des Barbe de Capucin (Clavaire). La destruction par diathermo coagulation a pu être faite en une seule séance. Nous avons cependant dans ce cas, vu le grand nombre d'éléments à détruire, employé l'anesthésie par ionisation de carbaïne (suivant la méthode du Docteur Zimmern).

Pour éviter la repousse d'éléments nous avons également institué dans ce cas un traitement par la magnésie.

Aucune récidive n'a eu lieu. Le résultat esthétique est absolument parfait. Un mois après il était impossible de voir la trace des condylomes.

Angiomes tubéreux

IV. — (Observations du Docteur Cottenot). Enfant de deux mois et demi. Angiome paupière inférieure

prenant toute la paupière, formant une saillie de 2 mm. Coloration violacée.

Apparue à la naissance. A grossi beaucoup.

28 novembre 1924 : Application de radium avec un appareil émaillé contenant 1 mm. de R. E. par cm^2. Filtration de carton. Durée : 30 minutes.

Deuxième application 12 décembre : même appareil. 30 minutes. Filtration 1/20 de mm. d'aluminium.

Grosse diminution de coloration et d'épaisseur.

En février (le 16) même application que la dernière.

En mai l'enfant est revu : complètement guéri. Aucune saillie. Coloration absolument normale. Les cils ne sont pas tombés.

V. — Enfant B..., 7 mois.

Angiome rond (pièce de 50 centimes). Coloration rouge rubis. Saillie 3 ou 4 mm. Siège sur l'avant-bras gauche. Se développe beaucoup depuis les derniers mois.

12 novembre 1923 : Radium. App. émaillé 1 mm. de R E par cm^2. Filtre de papier. Durée : 30 minutes.

27 novembre, deuxième application. Même app. 30 minutes. Mais filtration 1/20 d'aluminium.

16 janvier, troisième application identique à la dernière.

L'enfant est revu en avril : disparition presque complète. Aucune saillie. Peau à peine rosée.

VI. — Enfant de 11 mois. Présentant un gros angiome tubéreux poly-libé de teinte rouge violacée, siégeant à la partie supérieure du bras. Apparu à la nais-

sance, s'est développé beaucoup les premiers mois. Plusieurs ulcérations laissant des cicatrices violacées, à peau très atrophique. La lésion présente 7 cm. de longueur et 7 cm. dans sa largeur. Certaines parties ont 1 cm. d'épaisseur environ.

Radium fait suivant quatre champs avec appareil plat émaillé. 1 mm. de R. E. par cm^2 1/20 d'aluminium et de la gaze. Durée : 30 minutes sur chaque champ :

Première application 20 novembre 1926.

Elle détermine un certain affaissement de la lésion.

Deuxième application identique le 18 décembre 1926.

Troisième application le 23 février 1927.

Revue en juin. Amélioration très considérable. Grosse diminution d'épaisseur. Coloration rosée.

26 août 1927, application de 20 minutes sur chaque champ dans les mêmes conditions.

Revue en janvier 1929 : Toute la lésion est complètement aplatie. Aucune saillie. La coloration est sensiblement normale, un peu plus brune (il s'agit d'une enfant très brune et pigmentée). On voit seulement une peau fripée, atrophique en certains points correspondant aux ulcérations qui s'étaient produites avant le traitement.

Acné

VII. — Mlle L..., 25 ans (Docteur Lucy).

Présente des poussées d'acné depuis dix ans sur les bras, la poitrine, la face, le dos. La durée des poussées étaient de huit jours au moins, et celles-ci se répétaient chaque mois au moins. Une désinfection intestinale, un régime pour troubles digestifs n'ont pas amélioré l'acné.

En 1929 on commence les bains locaux d'Ultra-Violets. Lampe à vapeur de mercure. Distance 45 cm. Dose érythème (20 minutes). Séances d'abord rapprochées : dix-neuf séances consécutives, puis repos d'un mois. On les éloigne ensuite de plus en plus. Le résultat d'une seule séance en décembre 1929 a suffi jusqu'en mai 1930.

Les poussées sont maintenant très espacées — plus localisées, beaucoup plus rapidement terminées. Les éléments qui régressent sous l'action des U. V. laissent une cicatrice blanche à peine visible.

Hypertrichose

VIII. — Mme D..., 55 ans (observation du Docteur Lucy).

Hypertrichose du menton et de la lèvre supérieure, avec quelques poils aberrants sous le cou.

Nous avons détruit la totalité des poils chez cette dame en cinq séances réparties sur deux mois environ.

Dans les trois premières séances, on a enlevé environ 150 poils par séance. Dans les deux dernières, on a pu détruire, de façon à terminer rapidement plus de 300 poils par séance.

Résultat esthétique parfait.

CONCLUSIONS

Les procédés physiothérapiques que nous choisissons dans le traitement d'affections cutanées ou muqueuses inesthétiques seront en résumé les suivants :

Verrue vulgaire. — Rayons X pour un ou deux éléments. Diathermo-coagulation pour des éléments multiples.

Verrue plane juvénile. — Rayons X.

Cicatrices vicieuses, chéloïdes. — 1) Exérèse chirurgicale des grosses chéloïdes, et irradiations pour éviter les récidives.

2) Diathermo-coagulation des chéloïdes moyennes et petites. Ionisation d'iodure de potassium pour décolorer et assouplir les cicatrices.

Molluscum, condylome. — Diathermo-coagulation.

Nœvi pigmentaires. — Diathermo-coagulation.

Angiomes et nœvi vasculaires :

Angiomes stellaires : Diathermo-coagulation.

Angiomes tubéreux : Radiations. A leur défaut, électro-coagulation.

Angiomes plan. — Radium.

Télangectiasies. — Diathermo-coagulation.

Rhinophyma. — Diathermo-coagulation.

Acné. — 1) Traitement local, ne guérissant pas la maladie : Rayons X ou Diathermo-coagulation;

2) Traitement général, à action immédiate et éloignée : Ultra-Violets.

Eczéma localisé. — Rayons X.

Hyperhydrose. — Rayons X.

Pelades et Alopécies. — Ultra Violets.

Hypertrichose. — Diathermo-coagulation.

Le choix de ces traitements est guidé par les meilleurs résultats obtenus; de plus, ils ne nous paraissent pas faillir au principe que nous voulons naturellement suivre, de ne nuire en aucune façon au malade, et de ne pas aggraver, en voulant les détruire, les lésions existantes.

Vu le doyen :
ROGER.

Vu le président :
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

D'Arsonval. — *Applications thérapeut. des courants de haute fréquence* (La médecine, juin 1920).

Bordier. — *Traité d'Electrologie.*

Bordier. — *Traitement du rhinophyma* (Archives médicales, 10 déc. 1913).

Bordier. — *Traitement de l'hyperthrichose par la diathermie* (Congrès de Bordeaux, 1924).

Belot. — *Traitement des angiomes et télangectiasies* (Bull. off. de la Soc. française d'Electricité et Radiologie, avril 1914).

Belot. — *Les Rayons X en dermatologie,* 1904.

Belle. — *De l'utilisation des courants de haute fréquence au service de l'esthétique* (Journal des sciences médicales de Lille, oct. 1917).

Bachelin. — *La cryothérapie en dermatologie.* Thèse, 1926.

Bizard. — *Traitement de l'alopécie séborrhéique et de la pelade* (Revue d'actinologie, juillet 1925).

Barjon. — *Traitement des nœvi vasculaires par les rayons* (American Journal of phys. therapy, mars 1925).

Bourguignon. — *Traitement des cicatrices vicieuses adhérentes et chéloïdiennes par l'ionisation d'iodure de potassium* (Bull. Soc. franç. de dermatologie et syphiligraphie, 1922).

Boucher (Lille). — *Indications de l'électrolyse dans le traitement des angiomes* (Journal de Radiologie, 1926).

Brocq. — *Electrolyse négative dans l'hyperthrichose, les nœvi, l'acné, les chéloïdes* (J. de médecine et chirurgie pratique, 10 av. 1921).

Cottenot. — *Traitement des nœvi vasculaires chez les enfants* (Journal de médecine de Paris, avril 1930).

Castex. — *Avantages de la diathermo-coagulation.* Concours médical 1927.

CASTEX. — *L'électro-coagulation, traitement de choix des tumeurs du visage.* Concours méd., février et mars 1929.

DEGRAIS. — *Curathérapie des angiomes* (Progrès méd., oct. 1925).

DORE (London). — *Emploi des U. V. en dermatologie et ses limites* (Brit. Med. 7, n° 3475, 13 août 1927).

DUPOUY. — *Contribution à l'étude du traitement radiologique de quelques dermatoses.* Thèse 1926.

DUFOUGERÉ. — *Blanchiment des dents par les U. V.* (Annales d'Actinologie, avril 1926).

DURIN. — *Résultats de la diathermo-coagulation en dermatologie.* Thèse 1929.

DREVON. — *Traitement des verrues par la verrue mère* (Marseille Médical, mai 1921).

FUCHS (Vienne). — *Traitement des maladies de la peau par les Rayons X de grande longueur d'onde* (Strahlentherapie Bd XXVI, 1927).

GIREAUDEAU. — *Electro-coagulation et étincelage caustique en dermatologie* (Journal d'Electr. Radiologie, nov. 1923).

GOUGEROT. — *Traitement des chéloïdes* (Paris-Méd., nov. 1917).

D'HALLIUN. — *Traitement des angiomes par le Radium* (Bull. de la Société de Radiol. méd., juillet 1926 et J. des sciences méd. de Lille, juillet 1926).

HANRIOT. — *De l'Electrologie dans les petites tumeurs de la peau* (Monde méd., nov. 1924).

HAZEN (Washington). — *Traitement radiothérapique des chéloïdes* (Americ. journ. of rœntg., XI, n° 6, juin 1924).

Joseph JORDAN ELLER (New-York). — *Action des Rayons X extra-mous* (Americ. J. of Radiol., XVIII, n° 5, nov. 1927).

JUSTER. — *Traitement des verrues par électro-coagulation* (J. de méd. de Paris, oct. 1928).

LABORDERIE. — *Ionisation* (Revue d'Electr. et Radiologie, juin 1914).

LAMARQUE. — *Sur un cas d'hyperhydrose plantaire guérie par radiothérapie* (Archives d'E. méd. et phys., 1923).

LAQUERRIÈRE. — *De l'importance du clivage dans certaines méthodes de traitement des verrues* (Bull. Soc. franç. d'Electro R., juillet 1925).

LAQUERRIÈRE. — *Infra-rouges dans le traitement des kératoses et verrues* (Bull. Soc. Radiol. méd., oct. 1927).

LAQUERRIÈRE. — *Traitement des verrues par électro-coagulation* (Bull. off. Soc. franç. d'El. et Rad., nov. 1928).

LAQUERRIÈRE et DELHERM. — *Introduction de l'électricité médicale dans les affections de la peau* (J. M. Pr., t. XIV, n° 2).

LEHMANN. — *Electro-coagulation bipolaire* (Bull. off. Société franç. d'Electr. et Radiol., mai 1927).

LEPENNETIER. — *Radiothérapie et électrothérapie des chéloïdes* (Revue actinol. et phys., janvier 1929).

Ludivig MOBERG. — *Radiothérapie de l'eczéma* (Acta Radiologica, Bd VII).

Luis CERERA SALSE (Barcelone). — *Verrues traitées par électro-coagulation* (Bull. Soc. franç. d'électr. et Radiol., mai 1921).

LUCAS. — *Traitement des cicatrices vicieuses par ionisation de KI.* Thèse Paris, 1922).

Mac KNEE. — *Radiothérapie de l'acné* (Rapport par Albéric Marin. Journal de Radiologie, 1928).

Molina MIRINOLA. — *Electrothérapie bipolaire dans un cas d'angiome* (Revista espanola de Rad. medical, n° 44).

Morrow LAURENCE et TAUSSIG. — *Curathérapie du nœvus vasculaire* (Amer. Journ. of Rad., nov. 1923).

MARCERON. — *Résultats obtenus par traitement de la pelade par les R. U. V. locaux* (Annales d'Institut actinol., avril 1926).

Mme MARCUS. — Hypertrichose et son traitement. Thèse Paris 1914.

NAHAN. — *Traitement combiné électrolytique et Radiothérapie* (Bull off. Soc. fr. E. et R., juillet 1921).

NAHAN. — *Diverses applications de l'électricité dans le traitement des verrues.* Thèse Paris 1922.

PALVARIM (Mantoue). — *Diathermo-coagulation en dermatologie* (Archives d'Electricité méd. et phys. du cancer, février 1926).

PROUST. — *Actinothérapie et électrolyse négative dans le traitement des nœvi plans vasculaires.* Thèse Paris 1921.

RAVAUT et FILLIOL. — *Acné chéloïdienne de la nuque* (Bull. Soc. fr. de dermatologie et syphiligraphie, déc. 1928).

ROSTENBERG. — *Epilation par diathermie* (Med. journal and record., juin 1925).

SANDOZ. — *Evolution de quelques dermatoses sous l'influence des R. U. V. et traitements physiques* (Soc. de Méd. de Paris, oct. 1925).

SABOURAUD. — *Soins à donner aux vieux visages* (Revue méd. franç., juin 1923).

SOLENTE. — *Indications de la cryothérapie.* Thèse Paris 1925.

WORMS. — *Angiome oculo-palpébral traité par diathermo-coagulation* (Soc. d'ophtalmol. de Paris, juin 1926).

ZIMMERN. — *La diathermie* (Paris-Médical, 1913).

R. CHIOT, Maître-Imprimeur, Joigny (Yonne).